

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

554

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 16 juillet 1900, à 1 heure.

DE

L'INCISION COMPLÈTE

ET DE PROCHE EN PROCHE

DES

VOIES BILIAIRES

POUR L'EXTRACTION DES CALCULS DU CHOLÉDOQUE

PAR **MEYER.**

Né à La Roche-sur-Yon (Vendée), le 22 avril 1875.

Président : M. TERRIER, Professeur.

Juges : { M. HAYEM, *Professeur.*
M. LAUNOIS,
M. BROCA (AUG.). } *Agrégés.*

PARIS.

INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE.

93, Boulevard Saint-Germain, VI.

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 16 juillet 1900, à 1 heure.

DE

L'INCISION COMPLÈTE

ET DE PROCHE EN PROCHE

DES

VOIES BILIAIRES

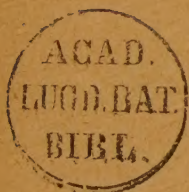
POUR L'EXTRACTION DES CALCULS DU CHOLÉDOQUE

PAR **MEYER.**

Né à La Roche-sur-Yon (Vendée), le 22 avril 1875.

Président : M. TERRIER, Professeur.

Juges : { M. HAYEM, *Professeur.*
M. LAUNOIS,
M. BROCA (AUG.). } *Agrégés.*



PARIS.

INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE.

93, Boulevard Saint-Germain, VI.

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs.....

MM.

FARABEUF.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
{ DEBOVE.
HUTINEL.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
BERGER.
POUCHET.
LANDOUZY.
PROUST.
BROUARDEL.
BRISSAUD.
CHANTEMESSE.
{ POTAIN.
JACCOUD.
HAYEM.
{ DIEULAFOY.
GRANCHER.
FOURNIER.

JOFFROY.
RAYMOND.
{ DUPLAY.
LE DENTU.
{ TILLAUX.
TERRIER.
PANAS.
GUYON.
{ BUDIN.
PINARD

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

Clinique médicale.....

Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...
Clinique de pathologie mentale et des maladies de
l'encéphale.....
Clinique des maladies nerveuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des voies urinaires.....
Clinique d'accouchements.....

Agrégés en exercice :

MM.

ACHARD.
ALBARRAN.
ANDRÉ.
BONNAIRE.
BROCA (AUG.)
BROCA (ANDRÉ).
CHARRIN.
CHASSEVANT.
Pierre DELBET.
DUPRÉ.

MM.

FAURE.
GAUCHER.
GILLES DE LA TOURETTE.
HARTMANN.
HEIM.
LANGLOIS.
LAUNOIS.
LEGUEU.
LÉJARS.
LETULLE.

MM.

MARFAN.
MAUCLAIRE.
MENETRIER.
POIRIER.
RETTERRER.
ROGER.
SEBILEAU.
TESSIER.
THIERY.
THIROLOIX.

MM.

THOINOT.
TUFFIER.
VAQUEZ (AND.).
VARNIER.
WALTHER.
WEISS.
WIDAL.
WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ PÈRE

D.-H. MEYER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

INTRODUCTION.

En tête de cette contribution à l'étude des opérations sur les voies biliaires, nous avons le devoir d'exprimer notre reconnaissance à M. le Professeur TERRIER, qui a bien voulu accepter la présidence de notre Thèse, et dont les recherches en la matière ont donné une impulsion si décisive et si féconde à la chirurgie du foie et des voies biliaires, et ont été le point de départ de travaux importants et remarquables.

Qu'il nous soit permis, à la fin de nos études médicales, de présenter l'hommage de notre profonde gratitude à nos anciens maîtres de la Faculté de Paris, et, tout particulièrement, à MM. les Professeurs DIEULAFOY et DUPLAY, dont l'enseignement que nous avons suivi longuement et avec un profit croissant, guidèrent nos premiers pas dans les études médicales.

Nous n'oublierons pas la bienveillance de M. le Professeur LE DENTU.

Nous avons suivi, avec fruit, les services de MM. GAUCHER et PETIT.

Nous n'avons pu profiter que trop peu de temps des conseils et de la direction de notre Maître, M. ROUTIER, chez lequel commença notre externat.

M. le Docteur Henri DELAGÉNIÈRE (le Mans), dont nous pouvons nous dire tout spécialement l'élève, sait la reconnaissance particulière que nous lui avons vouée et que nous lui devons.

Il ne nous appartient pas d'apprécier tout ce que nous avons reçu de lui. Qu'il nous soit permis, simplement, de le remercier de nous avoir fourni le sujet de cette Thèse, et de saisir cette occasion de l'assurer de notre profond et respectueux dévouement.

CHAPITRE I.

Historique.

OPÉRATIONS COMBINÉES SUR LES VOIES BILIAIRES.

INCISION DE PROCHE EN PROCHE. — INCISION COMPLÈTE.

Depuis que les opérations pour lithiase biliaire sont entrées dans la pratique courante, les chirurgiens ont souvent été amenés à intervenir, à la fois, sur plusieurs points des voies biliaires.

Ils ont fait des opérations *complexes* ou *combinées* : les uns associant, par principe ou en raison d'une indication spéciale, la cholécystostomie à leurs interventions ; d'autres incisant au cours d'une même laparotomie, vésicule et cystique, cystique et cholédoque.

Hochenegg, en 1890, fait plusieurs incisions, directement, sur des calculs du cystique et du cholédoque, sans suturer ensuite.

Kehr, en 1894, ouvre tour à tour, isolément, la vésicule, le cystique et le cholédoque, retire en plus quatre calculs de l'hépatique.

Thiriar incise le cystique dilaté pour atteindre un calcul du cholédoque qu'il ne peut avoir que par effraction, en déchirant

avec l'ongle les parois du cholédoque (1894), etc., etc. (1).

On trouve un certain nombre de ces interventions à incisions multiples, non continues. Les cas sont plus rares d'ouverture des voies biliaires, *de proche en proche* ; la même incision s'étend alors à plusieurs segments de l'arbre biliaire.

C'est Küster, qui, en 1891, fait, le premier, cette incision de proche en proche. Il enlève un calcul du cystique en incisant largement la vésicule et prolongeant l'incision sur le cystique.

Abbe, la même année, après avoir enlevé quelques calculs d'une vésicule, est obligé d'inciser sur le canal cystique qui logeait d'autres pierres ; il y en a encore dans le cholédoque, et Abbe fend « la paroi du canal cholédoque en continuation avec l'incision de la vésicule biliaire et du cystique ».

Czerny, en 1894, fait une cystico-cholédochotomie pour un calcul en forme de tête de pipe, à cheval sur les deux conduits.

Sendler, en 1895, incise de proche en proche, la vésicule et le canal cystique.

L'opération de Abbe (1891) est le premier cas d'*incision complète* des voies biliaires, mais elle s'est terminée par la seule suture du cholédoque et l'ablation des voies biliaires accessoires (cholécystectomie et cysticectomie).

Henri Delagénère fait, en 1898, une incision complète des voies biliaires suivie de sutures. Dans une étude sur la technique générale des opérations faites sur les voies biliaires pour lithiase (2), il décrit la méthode d'incision de proche en proche.

(1) En 1892, Terrier a déjà pu réunir huit cas d'opérations complexes : cholécystotomie et cholécystectomie associées à la cholédochotomie (*De la cholédochotomie proprement dite*, par F. TERRIER ; in *Revue de Chirurgie*, nov. 1892).

(2) *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, n° 1, février 1899.

Pantaloni, dans sa *Chirurgie du foie et des voies biliaires*, consacre un chapitre spécial (p. 280 à 283) à l'incision de l'ensemble des voies biliaires (vésicule, cystique, cholédoque), et il revient, à l'article *Lithectomie du cystique* (p. 427) sur l'incision de proche en proche. Il donne comme synonymes d'incision complète les expressions : *Taille biliaire proprement dite*; *taille biliaire totale* ; *Cholétomie*.

L'*incision de proche en proche* a pour point de départ le fond de la vésicule, pour point d'arrivée le dernier obstacle, un cathétérisme rétrograde assurant de la perméabilité des voies biliaires non incisées.

Une *cholécystocysticotomie*, pour lithiasé du cystique, sera le premier degré de l'application de la méthode.

Pour un calcul du cholédoque, on fera une *incision complète* ou *incision de l'ensemble des voies biliaires*, portant à la fois sur la vésicule, le cystique et le cholédoque. A parler exactement, le terme d'incision complète ne s'appliquerait qu'aux cas où il se trouve une pierre à l'ampoule.

S'il existe un calcul de l'hépatique, on pourra généralement l'extraire par lithectomie, grâce à la brèche du cystique ou du cholédoque. On conçoit cependant une hépaticotomie qui viendrait se brancher sur la ligne d'incision principale, ou, dans le cas rare de calcul isolé de l'hépatique, une incision de ce canal prolongeant vers le foie la cholécystocysticotomie.

Nous verrons que toutes ces notions sont beaucoup trop théoriques et que souvent, dans la pratique, l'incision part d'un point supérieur accessible qui n'est pas la vésicule.

Observations.

OBSERVATION I [Robert ABBE] (1).

Calculs de la vésicule biliaire. et des canaux cystique, hépatique et cholédoque. — Cholédochotomie et cholécystectomie. — Guérison.

A. C..., âgée de 36 ans, jouissait d'une excellente santé jusqu'à il y a deux ans et demi. époque à laquelle elle fut atteinte pour la première fois de colique hépatique, suivie d'ictère. Ces douleurs de colique hépatique s'apaisèrent rapidement, mais l'ictère augmentait, et, pendant toute cette période, n'a varié que pour s'accroître. Parfois la malade semblait presque noire, selon son expression. Elle continuait cependant son travail de couturière, mais elle maigrissait, et actuellement son poids a diminué de trente livres. Depuis le premier accès, elle a de fréquentes indigestions et des vomissements ; jamais elle n'a vomi de sang. Ses selles sont argileuses et son urine a la couleur du stout. Il y a deux mois, est survenu un autre accès de coliques hépatiques, qu'elle décrit comme « terrible », et qui s'est apaisé au bout d'une semaine ; en même temps, elle était sujette à des crises nerveuses, survenant de temps en temps, ressemblant au « petit mal », et s'accompagnant de perte de connaissance pendant quelques instants.

Actuellement, coloration ictérique très prononcée de la peau de la face et du corps, et des membranes muqueuses. Son teint, du fait de la pigmentation prolongée, est plutôt noirâtre que jaune. Le foie est très augmenté de volume, et descend jusqu'à deux pouces (cinq centimètres) au-dessous du rebord costal. Profondément, on peut sentir une tuméfaction siégeant au voisinage du pylore, tuméfaction dure qui donne l'impression d'un néoplasme malin ou d'un noyau inflammatoire. La palpation de cette région déterminait constamment, chez cette malade, des attaques semi-épileptiques, semi-hystériques : gémissements d'abord, puis perte de connaissance et contractions musculaires.

(1) *New-York Medical Journal*, 30 janvier 1892, p. 124. — [Traduction in extenso in JOURDAN: *De la Cholédochotomie*].

L'état général était tout à fait mauvais. L'urine contenait 5 pour 100 d'albumine et des cylindres hyalins. Après consultation avec mes collègues, je pratiquai l'opération le 13 avril 1891. Anesthésie à l'éther. Incision verticale au niveau de la vésicule biliaire. Les adhérences de l'estomac à la vésicule biliaire et au foie masquaient la région : ces adhérences sont libérées par une dissection soignée. On peut alors sentir plusieurs calculs de moyen volume dans la vésicule biliaire, qui est plutôt petite (a rather small gall-bladder), ainsi que dans le canal cystique ; on sent aussi un autre calcul, gros comme une noix, plus loin, dans le canal cholédoque. Ouverture de la vésicule : il s'en écoule un peu de bile visqueuse. Ablation des calculs de la vésicule : il est nécessaire d'inciser le canal cystique pour en extraire les autres calculs.

Aucune manœuvre ne réussit pour enlever le plus gros calcul siégeant dans le cholédoque. C'est en vain que j'essaie de l'écraser de l'extérieur. Alors j'incise la paroi du cholédoque, en prolongeant l'incision de la vésicule biliaire et du canal cystique : je trouve le gros calcul enclavé entre deux rétrécissements du cholédoque. Il en est enlevé et une bougie est facilement passée jusque dans l'intestin. Sutures de l'incision du cholédoque avec la soie noire la plus fine.

J'enlève ensuite la vésicule biliaire et le canal cystique en totalité, ne laissant que le canal hépatique largement dilaté, dans lequel le doigt s'introduit facilement et d'où j'avais enlevé d'autres calculs.

Le foie engorgé versait de grandes quantités de bile saine, pendant mes manipulations. Pour guider cet écoulement, j'introduisis un drain de caoutchouc dans le canal hépatique, le poussant de bas en haut, à une petite distance vers le foie. Par dessus ce drain, j'en passai un second, plus gros, qui se terminait à la jonction des deux canaux, et que j'entourai d'un petit tamponnement de gaze iodoformée. Mon but était d'amener d'abord la totalité de la bile à l'extérieur par la plaie abdominale, puis, au bout de quelques jours, d'enlever le petit drain intérieur, de ne laisser en place que le plus gros pour drainer seulement le foyer opératoire, permettant ainsi à la bile de cheminer librement dans le cholédoque, aussitôt que le gonflement des parois de celui-ci serait diminué.

Ce dispositif réussit à merveille et il s'écoula pendant les deux premiers jours des quantités surprenantes de bile. L'ictère diminua rapidement ; l'urine devint immédiatement plus claire. Le deuxième

et le troisième jour, la malade fut purgée avec les sels de Sedlitz. A la fin de la semaine survint un point de pleurésie sèche, qui guérit lentement. Les selles furent colorées pour la première fois au neuvième jour. Une semaine plus tard, la malade eut un abcès du dos, sans cause apparente ; de ce fait, la convalescence fut retardée.

Au bout de quatre semaines, la malade s'asseyait, mangeait bien. L'ictère était en voie de disparition, mais la peau restait bronzée par la pigmentation. Il ne restait qu'une fistule biliaire, par laquelle s'écoulait la plus grande partie de la bile. La coloration des selles me prouvant suffisamment le passage de la bile dans l'intestin, je me décidai à fermer cette fistule ; cette fermeture immédiate et complète fut suivie de guérison.

Dans la cinquième semaine, la bile suivait sa route normale ; la guérison était complète. Seule la pigmentation de la peau ne disparaissait que lentement.

Cette femme a repris son travail pendant l'été suivant : sa santé est actuellement parfaite et son teint absolument normal.

OBSERVATION II [HENRI DELAGÉNIÈRE] (1).

Lithiase biliaire. — Calculs enclavés dans le cholédoque. — Cholédochotomie associée à une cystico-cholécystotomie. — Guérison.

La nommée Lesomniau Marie, âgée de 26 ans, demeurant à Saint-Symphorien (Sarthe), nous est adressée par M. le docteur de Trolong (de Bernay) ; elle entre à la clinique le 10 juin 1898. Dans ses antécédents héréditaires ou personnels, on ne relate rien de particulier ; elle est dyspeptique depuis sa jeunesse. Il y a vingt ans qu'elle fut prise pour la première fois de coliques hépatiques ; douleur épigastrique avec irradiation dorsale ; point douloureux dans la région hépatique ; vomissements biliaires. Cette première crise dura deux jours ; neuf jours après, elle en eut une seconde ; puis elle eut pendant un mois des poussées aiguës tous les huit ou dix jours. A la troisième elle fit de l'ictère et resta jaune pendant

(1) N° 2564 de la Statistique générale, publiée dans les *Archives provinciales de Chirurgie*, 1898. Tiré à part.

une quinzaine de jours. Depuis deux ans, elle a une douleur sourde et continue dans la région hépatique, avec poussées aiguës tous les mois, et, à la suite du moindre écart de régime, elle a eu à différentes reprises de l'ictère. La dernière attaque remonte au 14 mai dernier; elle eut un peu d'ictère, de violentes douleurs, calmées seulement par des injections de morphine.

Actuellement, elle n'a pas de douleurs spontanées; ses digestions sont difficiles; elle est constipée et ses selles sont graisseuses; on n'a jamais trouvé de calculs dans ses selles.

La malade est ictérique; son état général ne semble pas fortement atteint.

La palpation de l'abdomen; dans la région hépatique, révèle un point douloureux net au niveau de la vésicule.

En palpant la région lombaire, qui est douloureuse à la pression, on sent une masse dure, assez volumineuse, située sous le foie, et qui semble être le rein déplacé.

Opération. — Le 14 juin 1898, avec l'assistance du docteur Vincent et de mon interne, M. Sudaka. Sont présents : MM. les docteurs de Trolong et Foucher. La malade est anesthésiée à l'éther par M. Crétin, et, après asepsie de la région, on fait une incision de 13 centimètres le long du bord externe du grand droit; on trouve de nombreuses adhérences péritonéales, indices d'une péritonite adhésive, ayant pour point de départ la vésicule biliaire. Celle-ci est un peu rétractée et très adhérente au péritoine; elle présente sur son fond une cicatrice provenant de la migration probable d'un calcul. Le canal cystique est très atrophié et mesure à peine 2 centimètres de longueur. On ponctionne la vésicule et on en retire une petite quantité de bile; on l'ouvre sur son fond, et la cavité est lavée à l'eau stérile chaude.

On ne trouve pas de calculs dans l'intérieur de la vésicule, ni dans le canal cystique; mais, par la palpation intra-péritonéale, on sent nettement trois renflements successifs sur l'étendue du canal cholédoque. Ces renflements sont dus à la présence de calculs volumineux, situés dans ce canal. Le premier calcul n'est pas très éloigné du canal cystique, et je cherche d'abord, par des pressions, à le mobiliser et le faire remonter vers la vésicule. Toutes les tentatives faites dans ce but sont infructueuses. Avec les doigts, et à travers les parois du cholédoque, j'écrase ce premier calcul et parviens à

faire passer les débris du calcul à travers le canal cystique et la vésicule. Ce premier calcul enlevé, je cherche, mais en vain, à mobiliser le deuxième ; je l'écrase sur place, mais ne puis en faire cheminer les morceaux vers la vésicule. M'adressant alors au 3^e calcul, je cherche à le mobiliser et à le renfoncer vers l'intestin ; il est absolument immobile et je ne puis l'écraser à travers la paroi du canal.

Le canal cholédoque est difficile à reconnaître ; il est déformé et surtout enfoui dans des adhérences qui modifient son aspect et sa direction. Sa forme est également changée par la présence des calculs qu'il contient, de sorte que l'incision directe de ce canal me paraît périlleuse. Je me décide à continuer l'incision de la vésicule sur le canal cystique, puis sur le canal cholédoque, jusqu'aux calculs. Je fais cette incision sur la paroi latérale gauche de la vésicule, sur la paroi antérieure du canal cystique et sur la paroi antérieure du canal cholédoque. Je me sers des ciseaux, progressivement, en saisissant de proche en proche les lèvres de l'incision avec des pinces de Kocher. Cette manière de faire a l'avantage d'amener les parties profondes dans le champ opératoire, et de les rendre accessibles successivement. J'arrive ainsi peu à peu et sûrement jusqu'aux calculs, que j'enlève facilement. Le dernier est à peine distant de 2 centimètres du duodénum.

Lorsque ce dernier calcul est enlevé, je passe facilement une sonde n° 12 dans le reste du canal, jusque dans le duodénum. Je laisse cette sonde à demeure, et me propose de reconstituer par-dessus le canal cholédoque et le canal cystique. Je pratique un premier surjet à points serrés, avec une soie fixée sur la muqueuse, sur le cholédoque d'abord, puis sur le cystique, et enfin sur la paroi latérale de la vésicule, en laissant le fond de cette dernière ouvert, pour établir une fistule temporaire. Par dessus ce premier surjet, je place un deuxième surjet séro-séreux à points serrés. Saisissant alors le fond de la vésicule ouverte, je l'attire au dehors, suture le péritoine pariétal tout autour de la vésicule et au-dessous de son ouverture, de façon à isoler la séreuse, que je ne laisse ouverte qu'à la partie inférieure de la plaie, pour le passage d'un drain.

J'établis ensuite la fistule biliaire, à travers une boutonnière de 15 millimètres, faite à travers le bord externe du muscle droit, en fixant à l'aponévrose du muscle la muqueuse de la vésicule. J'ins-

talle un tube à drainage dans la vésicule, et le fais ressortir par un orifice cru à travers la peau et à 15 millimètres environ de l'incision. La plaie est alors lavée, l'aponévrose suturée au moyen d'un surjet métallique ; enfin la peau est réunie avec un surjet métallique. La plaie est pansée avec des compresses stériles.

L'opération a duré 2 heures.

Suites. — Le soir de l'opération la malade a 38° ; elle a un peu de shock ; sa respiration est pénible ; le visage est légèrement cyanosé.

Le 15 juin, même température, même état ; la malade fait une hémorragie utérine ; elle n'a pas eu ses règles depuis décembre 1897 ; l'utérus paraît un peu augmenté de volume ; le col est entrouvert de sorte qu'on pense à une fausse couche.

Le 16, 38° 2 le matin et 37° 8 le soir ; la métrorragie continue ; on sent au toucher une substance mollassse dans le col. On pratique immédiatement le curettage de l'utérus, et on retire une quantité assez considérable de débris charnus, qui ressemblent à des débris placentaires œdématiés.

Le 17, le 18, le 19, la température baisse peu à peu jusqu'à la normale ; plus d'hémorragie utérine.

Le 20. le drain placé dans le péritoine est enlevé, ainsi que les sutures de la peau.

Le 24, le drain placé dans la vésicule est retiré ; et la malade peut être considérée comme guérie.

Sécrétion biliaire. — La bile est rendue en grande quantité par le drain de la vésicule pendant les premiers jours. Cette bile est brunâtre, contient de nombreux fragments de calculs, et de la boue biliaire.

Le 4^e jour, la bile redevient à peu près normale ; mais le tube est laissé pendant quelques jours, pour faciliter le drainage des voies biliaires. Ce drainage est supprimé le 11^e jour.

Jusqu'à ce moment les selles sont complètement décolorées.

Le lendemain du jour où le tube est supprimé, la bile réapparaît dans les selles. Il s'écoule cependant encore par l'orifice du drain une certaine quantité de bile, qui va en diminuant chaque jour.

Le 17^e jour après l'opération et le 6^e après l'ablation du drain, l'écoulement extérieur de la bile est insignifiant. Enfin la malade est

complètement guérie, sans fistule, le 20^e jour après l'opération. Elle quitte ce jour-là la Maison de Santé.

OBSERVATION III (*Personnelle*) [Henri DELAGÉNIÈRE].

Lithiase biliaire. — Calculs du cystique et du cholédoque. — Incision complète des voies biliaires. — Guérison (1).

La nommée Félicité L..., femme M..., âgée de 55 ans, demeurant au Mans, nous est adressée par le Dr Bolognési.

On ne relève chez cette malade aucun antécédent personnel ou héréditaire.

Elle souffre, depuis douze ans, de douleurs vives s'accompagnant de vomissements qui font croire à des crises gastralgiques. Au début, elle a dû garder le lit plusieurs semaines ; puis, les crises s'espaçant, elle a été assez tranquille pendant six ans environ. Les crises redeviennent alors plus fréquentes, apparaissent à n'importe quel moment, parfois pendant le sommeil ; elles se répètent trois ou quatre fois par an, durent jusqu'à 24 heures, laissent la malade très abattue.

En décembre 1898, elle commence à souffrir d'une façon continue pendant six semaines et, après une période d'amélioration, survient une crise avec vomissements, puis ictère persistant quatre jours. On trouve à ce moment le foie gros, son bord douloureux. On donne de l'huile ; les douleurs augmentent sans que l'on voit de pierres dans les selles. — Le 5 mai 1899, l'ictère reparait ; des plaques de rash scarlatiniforme se montrent en plusieurs points, surtout sur l'avant-bras droit.

Etat actuel. — La malade entre à la Maison de Santé le 10 mai 1899. Les crises qui ne se calment que sous l'influence de la morphine sont continues. L'ictère est très accusé : les téguments ont une couleur safran, les selles sont grises, les urines, rares, sont fortement teintées. En avant, le foie ne paraît pas déborder les fausses côtes, mais en arrière on trouve une large zone de matité

(1) N° 2987 de la Statistique générale.

remontant à l'angle de l'omoplate. Lorsque le repos au lit et la morphine ont eu raison des crises douloureuses, on trouve encore à la pression un point nettement douloureux sous les fausses côtes, vers le bord du grand droit, un peu en dedans.

L'état général est mauvais. La malade est très fatiguée. La température monte, le soir, à 38°5 et 38°7. Cependant, la veille de l'opération, elle est restée à 36°8. Le pouls est rapide entre 100 et 110. La langue est mauvaise, blanche. — Il n'y a rien au cœur, ni aux poumons, pas d'albumine, ni de sucre dans les urines.

Préparation. — On ne garde la malade que deux jours en préparation. Elle est purgée avec du sulfate de soude, rasée, savonnée aux bains. Elle est mise au régime lacté absolu.

Opération. — Le 13 mai 1899. Ether. Assistance du Dr Bolognési. Sont présents : les Drs Lucas, Rigal, Conor, Gigon (de Ballée).

On fait une incision longue de 17 centimètres, partant des fausses côtes, sur le bord du muscle droit ; on arrive sur ce muscle très étalé qu'il faut faire écarter en dedans. Le péritoine ouvert, on trouve à la face inférieure du foie, dans la région de la vésicule, des adhérences au milieu desquelles il est impossible de rien reconnaître. On décolle les adhérences et l'on sent un chapelet de noyaux durs ; on arrive sur le canal cystique très dilaté, que l'on prend d'abord pour la vésicule. On fait une ponction aspiratrice qui ne ramène presque rien et l'on incise le cystique au bistouri. Un doigt, introduit dans les voies biliaires, sent des pierres lorsqu'on le dirige du côté du cholédoque ; de l'autre côté, il pénètre dans la vésicule cachée à l'œil, étalée et accolée par des adhérences à la face inférieure du foie.

On ramène avec les doigts agissant en dehors des voies biliaires et l'on saisit avec des pinces plusieurs cailloux à facettes, gros comme le bout du petit doigt. Mais on ne peut tous les avoir. On prend alors les lèvres de l'incision du cystique avec des pinces de Kocher et l'on prolonge l'incision de proche en proche, avec les ciseaux, en repérant à mesure avec des pinces. Les pierres, enchâssées dans des logettes, sont enlevées lorsqu'elles se présentent, l'incision descendant maintenant le canal cholédoque. On

arrive ainsi sur une adhérence très intime du cholédoque avec le duodénum, prise d'abord pour l'ampoule de Vater, mais au-dessous de laquelle on sent encore des pierres. On continue à inciser et l'on arrive sur l'abouchement duodénal.

Sur une sonde en gomme n° 13, on commence, de la profondeur, la suture des voies biliaires : avec une aiguille courbe et ronde, enfilée de soie (000), on mène un surjet à points tour à tour profonds et superficiels. On arrive à la vésicule que l'on dégage de ses adhérences ; on ouvre son fond au bistouri et l'on essaie de repasser, par cette voie, la sonde retirée des voies biliaires ; on ne peut y arriver. On achève alors le surjet sur le cystique.

La vésicule adhère intimement au foie par sa partie supérieure.

On fait de chaque côté de la vésicule un surjet séro-séreux à la soie fine ; les deux surjets se rejoignent en bas. On place une mèche de gaze stérile, chiffonnée, le long de la suture des voies biliaires. Un surjet de soie fine achève la fermeture du péritoine.

On écarte les lèvres du muscle droit pour faire une boutonnière à travers laquelle on attire le fond de la vésicule que l'on fixe avec quatre points au catgut à l'aponévrose du muscle. En dehors, on ferme l'aponévrose avec un surjet métallique.

Un tube non perforé est placé dans la vésicule et on lui fait un orifice cutané en dedans de l'incision. On laisse un petit drain sous la peau que l'on ferme avec un surjet métallique.

Pansement aux compresses stériles. Durée totale : deux heures.

Marche. — Le soir de l'opération, à 3 heures, la malade a 37°1, à 8 heures, 37°8.

Le deuxième jour, 38°2 le matin, 38° le soir. On a une selle colorée avec un lavement. Il n'y a pas de bile au pansement.

Le troisième jour, 37°2 et 37°4. On donne 30 gr. de sulfate de soude et l'opérée a de bonnes selles, bien colorées. Au pansement, on enlève la mèche hydrophile du péritoine que l'on remplace par un tube.

Le quatrième jour, 37°2 et 37°8. On enlève les tubes de la vésicule et de la paroi qui ne donnent rien. Ensuite, la température

est sensiblement normale. Le sixième jour, on trouve une grande tache de bile dans le pansement ; il n'y en a plus le lendemain. La malade est à peu près décolorée et se sent très bien.

Le tube resté dans le péritoine est enlevé le treizième jour. La malade a de la diarrhée, balayée au bout de deux jours par une purgation de sulfate de soude.

Elle sort guérie le 1^{er} juin 1899, vingtième jour de son opération.

OBSERVATION IV (*Personnelle*) [Henri DELAGÉNIÈRE].

Lithiase biliaire. — Calcul enclavé dans la portion pancréatique du cholédoque. — Incision complète des voies biliaires. — Guérison (1).

Le nommé Adolphe D..., âgé de 60 ans, greffier, nous est adressé par les docteurs Chabrun (de Mayenne) et Boiteau (du Mans).

Sa mère était arthritique. Lui-même souffre de douleurs rhumatismales depuis la campagne de 1870.

Depuis plusieurs années, il s'aperçoit qu'il digère mal, surtout le soir ; il a de la flatulence. A longs intervalles (5 à 6 mois), il est pris de crises que l'on croit gastralgiques. Il a eu une de ces crises en novembre 1898. — Trois mois plus tard, en mars 1899, il ressent une douleur aiguë qui le transperce ; après deux à trois jours de douleurs, l'ictère apparaît une dizaine de jours avec décoloration des selles et coloration des urines, cesse pendant trois semaines, revient pour six semaines, en avril, avec des crises douloureuses. Pendant juin et juillet, on note seulement parfois des selles peu colorées ; au milieu d'août, quelques jours de jaunisse. Puis, en septembre, à la suite d'une diarrhée dysentérique, l'ictère s'établit définitivement : le malade a des crises qui nécessitent l'usage de la morphine ; il a, une fois, un vomissement.

Etat actuel. — Le malade entre à la Maison de Santé le 21 octobre 1899.

(1) N° 3205 de la Statistique générale.

La peau est fortement colorée en jaune olive sur tout le corps ; les conjonctives sont très teintées. Les selles absolument décolorées les premiers jours, se colorent brusquement le 16 et deviennent normales. Le malade se plaint d'une gêne, d'une sorte d'agacement continuels à l'hypocondre droit ; parfois, la douleur s'exaspérant, il lui semble qu'on le transperce avec une vrille. Cependant les douleurs qu'il éprouve pendant les quelques jours d'observation ne paraissent pas très aiguës.

A l'examen local, la pression ne découvre pas de point nettement douloureux. On trouve seulement de la défense au niveau du muscle grand droit. Le foie est un peu gros : en avant, la zone de matité paraît normale ; mais elle s'exagère lorsque l'on percute selon la ligne axillaire ou en arrière. L'examen pendant les crises ne découvre pas la vésicule.

L'état général est mauvais. Le malade est faible, amaigri ; il estime avoir perdu plus de 20 kilogrammes depuis deux mois ; il ne mange pas ; sa voix est cassée. — Il n'y a pas de température. — On ne trouve pas de ganglions axillaires ni inguinaux. — Le cœur et les poumons n'ont rien. Par vingt-quatre heures, il y a 900 cent. cubes d'urine, de réaction acide, de densité : 1, 019, contenant 8 grammes, 25 d'urée, 0 gr. 765 d'acide urique, 1 gr. 20 d'acide phosphorique, des pigments biliaires et de l'indican en très grande quantité. Le dépôt, abondant, est formé de mucus, de pigments biliaires, de nombreux débris cellulaires, de petits graviers d'oxalate et de carbonate.

Le malade se plaint de souffrir en allant à la selle. Il a une fissure à l'anus.

Préparation. — Le malade est purgé, rasé, savonné aux bains. On le met au régime lacté ; on lui fait trois injections de 100 grammes de sérum par jour. Il est gardé six jours en observation.

Opération. — On décide une laparotomie exploratrice. Le 28 octobre 1899, le Dr Bolognesi donne l'éther. Sont présents les Drs Chabrun et Sauvet (de Mayenne), Boiteau (du Mans), Lucas et Conor, médecins de l'armée, Delaunay, étudiant en médecine.

On fait, dépassant le rebord costal, une incision longue de 15 centimètres, qui descend le long du bord externe du grand droit. La

large valve de Doyen est placée en haut, relevant les côtes. — Sous le foie se trouvent d'épaisses adhérences que le doigt arrive à dégager et l'on aperçoit les voies biliaires très dilatées ; le cystique, gros comme le pouce, est pris pour la vésicule que l'on ne retrouve plus. L'index va explorer, descend le cholédoque et sent, au niveau du pancréas, dans des tissus indurés, un gros noyau.

On va à la recherche de l'obstacle par incision complète des voies biliaires. Après ponction aspiratrice, on incise aux ciseaux le canal cystique. Des pinces de Kocher placées sur les lèvres de l'incision, attirent le canal et sont descendues à mesure pour faciliter l'ouverture de proche en proche. Les ciseaux entament le cholédoque et descendent le long de sa partie antérieure. De la bile s'écoule sur les compresses que la main de l'aide maintient en place, protégeant et abaissant les organes abdominaux. — On arrive au niveau du pancréas dans l'épaisseur duquel le calcul semble s'être creusé une loge. De petits coups de ciseaux ouvrent le cholédoque et la glande fusionnés. On sent le calcul et il s'écoule un peu de pus. La pierre fuit sous les doigts qui finissent par la chasser hors de sa loge et la saisir.

On s'assure avec le doigt qui arrive à l'intestin, qu'il ne reste plus de calcul ; on pousse une sonde Nélaton n° 12 dans le duodénum. On fait sur cette sonde, avec une aiguille courbe, un surjet de soie fine partant du fond. On cherche à faciliter le premier point en attirant le cholédoque avec des pinces de Kocher. Le surjet est rapidement mené. Avant de le terminer, on retire la sonde, on la remplace par un tube sans trous latéraux ; le dernier point serre la bouche biliaire sur le tube.

Comme on ne peut songer à aboucher la fistule à l'aponévrose parce qu'elle est trop profondément située et fixée, on la suture seulement au péritoine par trois points séro-séreux séparés. On fait la toilette de la région avec des compresses imbibées de sérum chaud ; on place, le long des voies biliaires suturées, un drainage péritonéal, composé d'un drain en caoutchouc, entouré d'une compresse faisant manchon. Au dessus on suture le péritoine en surjet avec un fil de lin. Un fil semblable suture l'aponévrose. On place un petit drain sous la peau que l'on coud avec un surjet métallique.

Après pansement aux compresses stériles saupoudrées d'iodoforme, on fait, pour la fissure, une dilatation de l'anus.

Durée totale : 4 heure 20.

La malade a absorbé près d'un demi-litre d'éther.

Le calcul brunâtre, hérissé de grains, ayant la forme et le volume d'une petite olive, pèse 4 gramme.

Marche. — Le soir, $T = 36^{\circ}4$; le pouls est très bon, la peau est moite.

Deuxième jour. — Le matin, au pansement, on trouve de la bile. Le ventre est en bon état. On donne 50 grammes de citrate de magnésie. Le malade a des selles liquides, jaunes. La température est à $36^{\circ}9$ et 37° .

Troisième jour. — $36^{\circ}6$ et $36^{\circ}7$. Au pansement, on enlève le drainage péritonéal remplacé par un drain de caoutchouc.

Quatrième jour. — On purge avec une cuillerée d'huile de ricin.

Sixième jour. — Le malade mange un peu de viande.

Septième jour. — Il y a peu de bile dans le pansement ; elle est propre. Les selles sont absolument normales ainsi que les urines. La peau déjàunit.

Neuvième jour. — L'opéré se sent de l'appétit et prend le régime ordinaire.

Dixième jour. — On enlève les fils et le tube du péritoine.

Onzième jour. — On enlève le tube de la vésicule.

Treizième jour. — On donne 0 gr. 60 centigrammes de calomel.

Le malade se lève le seizième jour. Il n'y a presque plus de bile sur les compresses. Le vingtième jour, la bile passe toute dans l'intestin.

La température, depuis l'opération, n'a jamais dépassé 37° . Le malade sort, guéri, le 23 novembre, vingt-septième jour de l'opération. Le 22 novembre, il avait 2400 centimètres cubes d'urine avec 43 gr. 44 d'urée, soit une augmentation de 5 gr. 19 d'urée, en moins d'un mois, dont quinze jours seulement d'alimentation normale. On lui donne un régime pour laver son foie. Il doit aller passer une saison à Vichy.

L'incision complète des voies biliaires a été pratiquée pour des cas de lithiasse limitée au cholédoque (Obs. II, III. Calculs du cholédoque. — Obs. IV. Calcul enclavé de la portion pancréatique du cholédoque) et pour des cas de lithiasse du cholédoque associés à la lithiasse des voies biliaires accessoires (Obs. I. Calculs de la vésicule, du cystique, de l'hépatique et du cholédoque. — Obs. III. Calculs du cystique et du cholédoque).

Nous ne savons où s'arrêta l'incision du cholédoque dans le cas d'Abbe. Elle a été descendue deux fois jusqu'à l'ampoule (Obs. III et IV), une fois à deux centimètres de l'orifice duodénal (Obs. II).

Il faut noter l'état d'atrophie ou de distension des voies biliaires :

La vésicule a été trouvée atrophiée ou rétractée (Obs. I, II, III), complètement disparue (Obs. IV). — Le cystique et le cholédoque étaient très dilatés (Obs. III et IV); on mentionne son atrophie (Obs. II), mais elle semble porter plutôt sur sa longueur (2 cent.) que sur son calibre, car on a pu l'inciser et le suturer.

CHAPITRE II.

Technique opératoire.

PRÉPARATION. — Le malade est purgé, mis au régime lacté absolu. On le rase et on lui fait prendre plusieurs bains savonneux. On garde les urines pendant vingt-quatre heures pour s'assurer qu'elles ne contiennent pas d'éléments anormaux ; de plus, la richesse en urée permettra d'apprécier, jusqu'à un certain point, la résistance du malade. Si l'état général est mauvais, s'il y a peu d'urée, on fait, chaque jour, deux ou trois injections de sérum artificiel. On use de la morphine pour calmer les crises et faire reposer la nuit. Cette préparation nécessite au minimum quatre ou cinq jours, si rien n'oblige à intervenir plus vite (infection, etc.) — Sous anesthésie, on fait une désinfection du champ opératoire avec les mêmes soins que prennent de leurs mains les opérateurs : savonnage prolongé de la région avec une brosse à longs crins, nettoyage à l'alcool, puis aux solutions antiseptiques : permanganate de chaux et sublimé.

Il faut au chirurgien un assistant. Un aide aux instruments sera utile pour faire vite mais n'est pas indispensable. Le chirurgien se place à droite, l'assistant à gauche.

Comme instruments, on a préparé une opération ordinaire avec

beaucoup de pinces hémostatiques et de pinces de Kocher, une large valve pour écarter le foie, des pinces et des curettes pour saisir ou retirer les calculs. Il faut encore des sondes molles n^{os} 10, 11, 12, des aiguilles courbes et fines (françaises et de Martin), des fils (soie 000, catgut, etc.).

Comme anesthésique, on préférera, selon le cas, le chloroforme ou l'éther, qui ont l'un et l'autre leurs contre-indications. Le chloroforme semble donner une anesthésie plus complète.

INCISION. — Pour atteindre les voies biliaires, on peut avoir recours : 1^o à l'incision *médiane* ; 2^o à l'incision *latérale*, sur le bord du muscle droit ; 3^o aux incisions *obliques ou transverses*, sectionnant le muscle droit ; 4^o aux incisions verticale et transversale combinées. L'incision lombaire ne peut mener que sur le cholédoque.

Les sections transverses simples ou combinées, qui donnent beaucoup de jour, risquent de laisser une mauvaise paroi.

L'incision latérale, recommandée par Terrier et généralement préférée, pour la cholédochotomie, à l'incision médiane, a ici l'avantage de découvrir les voies biliaires accessoires et de faciliter la cholécystostomie. C'est elle qu'il faudra choisir. Elle a été suffisante dans les quatre cas.

Une incision de 15 centimètres donnera d'ordinaire assez de jour. Elle doit dépasser d'un bon centimètre le rebord costal pour que la peau ne bride pas et que l'on puisse obtenir par en haut le maximum d'écartement. On la prolonge en bas aussi loin qu'il est nécessaire.

EXPLORATION. — L'exploration des voies biliaires, dans le cas de lithiase, est presque toujours longue et difficile ; elle nécessite la

plus grande prudence. Nous ne faisons que résumer les travaux de Terrier (1), Jourdan (2), Pantaloni (3), consacrés à ce sujet.

Dans les conditions normales, on avance facilement entre la face inférieure du foie et les organes sous-jacents : épiploon, côlon, duodénum ; les voies biliaires accessoires, puis principales, apparaissent à mesure. Dans les cas de lithiasé, les voies biliaires sont marquées par des adhérences solides, parfois inextricables, de la face inférieure du foie aux organes sous-jacents. Des lésions de cholécystite ou de péricholécystite plus ou moins accusées, plus ou moins anciennes, cachent la vésicule, la brident sous le foie. Elle peut être réduite à un simple tractus fibreux. Le cholédoque se cache profondément du fait de l'hypertrophie de la glande qui est la règle.

La libération des adhérences demande les plus grandes précautions. Autant que possible, il faut les rompre avec les doigts ; mais souvent il faudra les disséquer aux ciseaux, les sectionner entre deux ligatures. Ces adhérences peuvent cacher des fistules. Il faut craindre de blesser le côlon, le duodénum et l'estomac. Toute brèche, même superficielle, sera traitée immédiatement (Terrier). On fera, selon le cas, deux plans de sutures ou un simple rang séro-séreux.

Si la vésicule n'est pas apparente, c'est au niveau de l'encoche du foie qu'il faut la chercher. En reconnaissant et en suivant le cystique, on découvrira le cholédoque souvent caché.

Lorsqu'on arrive au cholédoque, il faut, pour y voir clair, obtenir le maximum d'écartement ; pour cela, la main droite de l'aide maintiendra énergiquement une large valve accrochant le

(1) TERRIER. *Loco citato*.

(2) De la Cholédochotomie, par le Dr Maurice JOURDAN. *Thèse de Paris*, 1895, p. 145 à 149.

(3) PANTALONI. *Chirurgie du foie et des voies biliaires*, 1899, p. 244 à 246.

foie et les fausses-côtes, tandis que sa main gauche abaissera sous des compresses les organes sous-jacents. S'il est possible d'introduire un doigt dans l'hiatus de Winslow, on explorera assez facilement la portion intrapéritonéale du cholédoque en pinçant l'épiploon gastro-hépatique. On cherche également à le suivre entre deux doigts en arrière du duodénum. C'est surtout au toucher qu'il faut s'en remettre pour cette exploration du cholédoque (Terrier).

Chez un ictérique (Obs. IV), on sentait, le ventre ouvert, une tumeur; le diagnostic restait hésitant entre un cancer de la tête du pancréas ou de l'ampoule de Vater, et un calcul du cholédoque ayant provoqué autour de lui une réaction inflammatoire. Dans l'impossibilité de se mieux renseigner, on décida d'allier reconnaître l'obstacle par incision de proche en proche, complétant par ce procédé l'exploration. On découvrit un calcul du cholédoque pris dans des tissus indurés de la tête du pancréas.

INCISION DES VOIES BILIAIRES. — On continue à refouler le bord du foie sous les fausses-côtes. Des compresses, placées soigneusement et maintenues avec une main, protègent le péritoine. On pourra mettre au contact des organes que l'on abaisse une première couche de compresses imbibées de sérum chaud, puis au-dessus des compresses sèches qui pomperont les liquides. Le temps employé à en mettre beaucoup et à les bien disposer ne sera pas perdu.

On se débarrasse par ponction aspiratrice des liquides contenus dans la vésicule. Dans deux de nos cas, la ponction a porté sur le cystique distendu, alors que la vésicule était atrophiée (Obs. III) ou disparue (Obs. IV). La vésicule, vidée, est lavée à l'eau stérile chaude, puis incisée aux ciseaux à partir de son fond et l'in-

cision (*Fig. 1*) remonte en haut et en dedans le long de son bord gauche. Deux pinces de Kocher repèrent les lèvres de la plaie biliaire; elles sont déplacées progressivement à mesure qu'avance l'incision et attirent doucement les parties profondes des voies biliaires (*Fig. 2*). Les calculs sont enlevés à mesure qu'ils se présentent. —

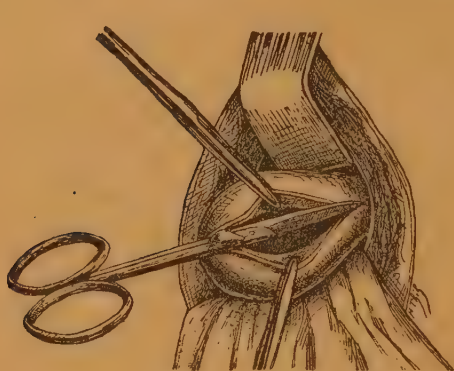


Fig. 1. — Ouverture de la vésicule aux ciseaux.
(H. Delagénère).



Fig. 2. — Pinces écartant les lèvres de l'incision pour faciliter l'extraction du calcul.
(H. Delagénère).

L'incision se poursuit le long de la partie inférieure du cystique : elle doit toujours être menée prudemment et facilitée par la manœuvre des pinces de Kocher qui présentent aux ciseaux l'angle à inciser. Mais il faut redoubler de précautions si des adhérences masquent le cholédoque. La vésicule cachée ou disparue, on peut prendre pour elle un cystique distendu, le ponctionner, l'inciser et arriver sur le cholédoque plus tôt que l'on ne pensait.

Se servant toujours des deux pinces de Kocher, on descend l'incision le long du cholédoque, à sa partie antérieure, puis en gagnant son bord droit. On ne voit presque pas de sang. L'ouverture de veines gastro-épiploïques droites ou duodénales ne donnerait pas en tout cas, une hémorragie sérieuse. Si l'on coupe la tête du

pancréas, embrassant le cholédoque, l'opération n'en sera pas compliquée.

L'incision peut atteindre l'ampoule, s'il est nécessaire, mais on l'arrêtera au dernier calcul senti et l'on passera une sonde molle n° 11 ou 12 dans l'intestin, pour s'assurer que le calibre n'est plus obstrué. On a la sensation que la sonde est passée dans l'intestin lorsqu'elle s'enfonce librement. On en a la certitude, en injectant de l'eau, si l'on ne voit pas de liquide revenir. Il y a intérêt à ne pas prolonger l'incision plus loin qu'il n'est nécessaire, pour ne pas compliquer une suture qui devient plus difficile à mesure que l'on agit plus profondément, mais reste d'ailleurs possible jusqu'à l'ampoule.

Lorsque l'incision part sur le cystique, on est fixé sur l'état de la vésicule. Si elle était seulement cachée, on l'ouvre du cystique vers son fond, de façon à en assurer l'évacuation parfaite et à préparer le drainage.

SUTURE. — Les pierres ont pu être enlevées sans être morcelées. Les voies biliaires sont complètement débarrassées, même des moindres débris, origine possible d'une récurrence. On change les compresses souillées et on commence la réparation. Pour suturer les voies biliaires, on peut employer des points séparés et faire un plan de sutures (Lembert) ou deux plans (Czerny). On peut aussi se servir du surjet et faire également un ou deux plans.

L'opération est toujours longue, surtout en raison des difficultés de l'exploration. Il y a intérêt à refermer la grande brèche par le moyen le plus rapide, si ce moyen est suffisant. Le moyen le plus rapide est le surjet, un seul plan de surjet. Dans deux cas (Obs. III et IV), les voies biliaires ont été suturées à un seul plan de surjet et la bile n'est jamais apparue par le drainage péritonéal,

par conséquent, n'a pas forcé les sutures. Dans un cas, on fit deux plans, en surjet.

Comme fil, on emploie une soie très fine (000). Si l'on se contente d'un seul plan de sutures, on ne peut se fier au catgut, trop vite résorbé. — La meilleure aiguille est une aiguille courbe et ronde aussi fine que possible.



Fig. 3. — Plaie de la vésicule suturée, dans la partie profonde sur un cathéter engagé dans le cystique (H. Delagénère).

Une sonde molle (n° 10 à 12) assure le maintien du calibre. C'est sur elle que l'on suture, en partant de la profondeur. Le premier point, avec le nœud du départ, est difficile à poser, mais on s'aidera des pinces de Kocher encore en place (*Fig. 3*). Le surjet prend toute l'épaisseur des tuniques biliaires, moins la muqueuse, et l'on fait tous les deux ou trois points un point sérieux de renfort. Si la tête du pancréas a été intéressée dans la section, le surjet prendra à la fois le tissu glandulaire et les parois du cholédoque. Lorsque l'on approche du fond de la vésicule, on termine le surjet en laissant une ouverture suffisante pour assurer le drainage, soit 15 millimètres environ, et l'on retire la sonde. La bile arrive par la bouche vésiculaire.

DRAINAGE ET FERMETURE DE LA PAROI. — Il est prudent de pratiquer à la fois un drainage des voies biliaires et un drainage du péritoine.

Le drainage des voies biliaires par cholécystostomie a, dans les cas de lithiase, l'avantage de soustraire à l'intestin une certaine quantité de bile infectée et autres liquides septiques, et de faciliter l'écoulement de la boue biliaire qui pourrait, en séjournant dans les voies biliaires accessoires, amener le retour d'accidents lithiasiques. Ici, plus que dans toute autre opération sur les voies biliaires, la cholécystostomie jouera le rôle utile de soupape de sûreté et permettra d'éviter toute tension dans les canaux et tout tiraillement sur les fils.

Le drainage péritonéal sera une sécurité de plus ; il protégera la grande cavité contre l'éventualité d'un suintement.

La création de la fistule se fait en deux temps : isolement de la séreuse, insinuation du fond ouvert de la vésicule dans une boutonnière musculaire, puis cutanée.

« L'isolement de la séreuse ne présente rien de particulier. Un surjet de soie fine fermera la séreuse au-dessus de la vésicule, puis le surjet suturera le péritoine d'un côté, à la partie correspondante de la vésicule, jusqu'à ce que la demi-circonférence soit suturée. Avec un deuxième surjet, on suturera l'autre demi-circonférence. » (1).

La vésicule fixée à la paroi, on établira le drainage péritonéal ; on place le long des voies biliaires suturées et on fait sortir juste au-dessous de la vésicule une mèche stérile chiffonnée. On suture en bas le péritoine en surjet.

Le fond incisé de la vésicule reste libre au dehors. « C'est cette partie saillante du fond de la vésicule qu'il s'agit d'attirer à travers

(1) H. DELAGÉNIÈRE. — *Loco citato*, p. 139 à 141.

une boutonnière musculaire faite à 15 millimètres en dedans de l'incision. Cette boutonnière, faite à l'aponévrose du muscle droit, juste en face de la vésicule, sera prolongée à travers le corps charnu du muscle avec une pince hémostatique qui agira comme un instrument mousse sans sectionner les fibres musculaires dont l'action doit être réservée pour obtenir une rapide fermeture de la fistule. A travers la boutonnière musculaire, avec une pince, on saisira le fond de la vésicule et on le fixera à l'aponévrose du muscle droit par trois ou quatre points séparés de catgut ; on placera aussitôt un tube de caoutchouc de 5 à 6 millimètres de diamètre dans l'intérieur de la vésicule, et on fera ressortir ce tube par un orifice créé, en bonne place, à travers la peau. » Souvent la vésicule ne peut être attirée suffisamment et l'on fait une cholécystostomie moins parfaite en fixant seulement la bouche biliaire au péritoine pariétal. Dans un cas, la vésicule disparue, on put drainer les voies biliaires par cysticostomie. Enfin, si la fistule ne peut être amenée au contact de la paroi, on s'efforcera d'isoler le tube en le recouvrant avec des restes d'adhérences ou l'épiploon.

SOINS CONSÉCUTIFS. — Le pansement doit être changé une ou même deux fois par jour, si l'écoulement de bile est abondant.

Dès le lendemain de l'opération, on cherche à agir sur l'intestin soit au moyen de lavements, soit, si le malade ne vomit pas, en lui administrant 50 grammes de citrate de magnésie par petites doses successives.

Quelques jours plus tard, il sera purgé sérieusement. Enfin, avant de supprimer la fistule, il est bon de lui faire prendre du calomel (0 gr. 60 centigr.).

La mèche qui draine le péritoine a été tirée un peu, à chaque pansement ; lorsqu'elle est complètement sortie, au bout de deux

ou trois jours, on la remplace, s'il est nécessaire, par un petit tube.

On enlève le tube de la vésicule après disparition de tous les signes de rétention biliaire et lorsque la boue biliaire du pansement a fait place à une bile d'aspect normal. On pourra généralement le supprimer vers le dixième jour. La fistule continue alors à fonctionner d'une manière intermittente, mais se bouche en moyenne du 17^e au 20^e jour, sans qu'il soit nécessaire de s'en occuper.

On recommande aux malades le régime des lithiasiques ; on leur conseille une saison à Vichy ou une cure de « Vichy chez soi ».

Suites.

Nos trois cas d'incision complète des voies biliaires ont été suivis de guérison. L'opérée d'Abbe guérit également.

Les suites ont été absolument apyrétiques dans un cas (Obs. IV). La fièvre n'est pas mentionnée chez la malade d'Abbe. Dans deux autres, il y a eu de la température ; mais on en trouvait l'explication en dehors de l'intervention. Chez la première malade, la température s'élève à 38°2 le matin du troisième jour, à la suite d'une fausse-couche avec rétention de débris placentaires ; tout rentre dans l'ordre aussitôt le curettage. Chez la seconde opérée, la température atteint comme maximum 38°2 le matin du deuxième jour, devient absolument normale à partir du quatrième jour, alors qu'avant l'intervention, elle montait à 38°5 et 38°7.

L'opération est suivie d'un soulagement immédiat. Du quatrième au sixième jour, la bile qui s'écoule dans le pansement est redevenue normale. Vers le sixième ou le septième jour, la peau et les urines sont complètement décolorées. La malade d'Abbe,

drainée autrement que par cholécystostomie, avait encore de l'ictère au bout de cinq semaines. D'ordinaire, les selles se recolorent dès les premiers jours, mais ne retrouvent complètement leur aspect qu'après la suppression du drainage biliaire.

Nos trois malades étaient guéries au bout de trois semaines environ. La guérison s'est maintenue depuis. Cependant, la première opérée, revue au bout de vingt mois, venait d'éventrer sa cicatrice au cours d'une grossesse ; elle était alors enceinte de huit mois.

CHAPITRE III.

Indications de l'Opération.

Quel est l'avenir réservé à l'*incision complète des voies biliaires* ?

La méthode d'incision de proche en proche a des avantages. On sait les difficultés habituelles de l'exploration des voies biliaires dans les cas de lithiasé : les points de repère font défaut ; les canaux se cachent sous les adhérences ; le cholédoque surtout est introuvable ; souvent on n'a de renseignements que ceux fournis par le toucher. Dans les cas difficiles, l'incision de proche en proche amène nécessairement sur le cholédoque et sur l'obstacle lorsque l'on a pu découvrir un point des voies biliaires accessoires. — D'autre part, il arrive parfois, dans les interventions pour lithiasé biliaire, que l'on ne puisse avoir la certitude d'avoir fait une opération complète. Les suites, la disparition des accidents viennent dire si l'on a réussi. On a dû, assez fréquemment, recourir à des opérations successives. L'ouverture complète des voies biliaires, lorsqu'elle est réalisable, donne à ce point de vue la plus grande tranquillité ; de plus, elle permet d'éviter le morcellement des

calculs, de débarrasser d'une façon complète les voies biliaires (1). Non seulement le chirurgien est certain de voir céder tous les accidents, mais encore il a écarté au maximum toutes les chances de récurrence. Il y a dans l'incision complète des voies biliaires une méthode d'exploration sûre et de cure radicale de la lithiasse existante.

L'ouverture complète des voies biliaires n'est pas toujours réalisable : elle suppose l'existence des voies biliaires accessoires. L'atrophie ou la disparition de la vésicule ne modifieront pas, il est vrai, sensiblement l'opération réduite à une cystico-cholédotomie. Mais on pourra trouver également le canal cystique atrophié ; il peut même être réduit à un simple cordon fibreux. Il est évident que, dans ce cas, il ne saurait être question de taille totale.

Mais cette atrophie du cystique semble rare dans le cas qui, surtout, nous intéresse, de calcul enclavé du cholédoque. Si la vésicule est généralement atrophiée, on trouve d'ordinaire un cystique et un cholédoque plus ou moins distendus (Obs. III et IV). Cette distension des voies biliaires, cholédoque et cystique, paraît être une condition nécessaire de l'incision de proche en proche.

L'ouverture complète des voies biliaires suppose encore l'existence de lithiasse cholédochienne ; sans quoi, l'incision de proche en proche s'arrêtera au maximum à une cholécysto-cysticotomie.

Dans quels cas la lithiasse cholédochienne relève-t-elle de l'incision complète ?

(1) TERRIER (*loco citato*, p. 745) cite le cas de cette malade de Küster, chez laquelle les coliques disparaissent cinq mois après l'intervention. Il lui semble probable que « de tout petits calculs de la vésicule, inappréciables au toucher lors de l'opération, ont pu, peu à peu, prendre de l'accroissement et déterminer des accidents ».

Lorsque la lithiase du cholédoque est associée à la lithiase des voies biliaires accessoires, l'incision complète, reconnue possible, semble meilleure que plusieurs incisions isolées. On gagnera du temps en supprimant les manœuvres d'extraction et surtout en simplifiant la suture réduite à un rang de surjet.

La lithiase occupe-t-elle seulement le canal cholédoque ?

Le refoulement, l'écrasement, la lithectomie du calcul sont des opérations d'exception, à indications limitées : mobilité, friabilité du calcul, etc.

C'est à la cholédochotomie simple que l'on aura recours dans la majorité des cas. Cependant, l'incision directe sur le cholédoque pourra parfois sembler dangereuse, si, par exemple, le canal est masqué par des adhérences, si le calcul échappe aux doigts qui cherchent à le fixer et ne peut être utilisé pour charger en quelque sorte les tuniques à inciser. Il pourra paraître prudent de se laisser conduire par l'incision de proche en proche jusqu'à l'obstacle.

Enfin, la cholédochotomie simple ne s'adresse guère qu'aux calculs de la portion sus-duodénale du cholédoque ou à ceux de la portion rétro-duodénale que leur mobilité permet de faire remonter. Dans sa portion rétro-duodénale, le cholédoque devient plus difficile encore à atteindre. On ne peut faire alors une cholédochotomie qu'après avoir disséqué et abaissé la première portion du duodénum.

En face de cette cholédochotomie, il y a deux voies d'accès sur la portion rétro-duodénale du cholédoque : ce sont l'incision complète et la duodénotomie.

Mac Burney recommande la lithectomie par voie duodénale, avec ou sans incision libératrice de l'orifice, pour tous les cas de lithiase

cholédochienne. Pour de gros calculs non justifiables de cette lithectomie, on a fait des cholédochotomies trans-duodénales (Kocher, en juin 1894 ; Kehr, en novembre 1894 ; Mayo Robson, en 1898) ; Terrier, en 1894, s'est servi de la duodénotomie pour accrocher le cholédoque qu'il put alors inciser directement : cholédochotomie proprement dite avec duodénotomie auxiliaire. — Nous avons vu, d'autre part, que l'incision de proche en proche avait permis d'atteindre des calculs siégeant jusqu'à l'ampoule.

Entre l'incision de proche en proche et l'intervention par voie duodénale, qui ont donné l'une et l'autre de bons résultats, il serait prématuré de tracer actuellement des limites. Tout au plus peut-on dire que le siège à l'ampoule d'un calcul isolé pourra faire préférer la voie duodénale, alors que la coexistence de lithiasse remontant plus ou moins haut dans les voies biliaires décidera du choix de l'incision complète ; cette dernière, d'ailleurs, n'est pas toujours possible.

Mais, dans un cas (Obs. III), on eut recours à l'incision complète pour extraire un calcul enclavé dans la tête indurée du pancréas ; peut-être aurait-on pu l'atteindre également par la voie duodénale.

Malgré l'insuffisance des faits qui ne permet pas encore de se faire une opinion sur la valeur de l'incision complète, il était utile de la signaler. Elle a droit de prendre place auprès des nombreuses opérations, classées par le Dr Marcel Baudouin, qui répondent à l'infinie diversité des formes de la lithiasse biliaire (1).

BAUDOUIN (Marcel). — *Les opérations nouvelles sur les voies biliaires*. — Paris, Inst. de Bibl. Scient., 1898, in-8°.

CONCLUSIONS.

1° On peut, dans certains cas, inciser complètement les voies biliaires, de la vésicule au duodénum, et les suturer ensuite. — On s'aide, pour l'incision, de pinces de Kocher, déplacées à mesure, qui attirent les parties profondes. — On suture, en surjet, sur une sonde qui maintient le calibre. — Il est utile de drainer par cholécystostomie.

2° La condition nécessaire de l'incision complète est l'existence de voies biliaires (cystique et cholédoque) suffisamment dilatées. Cette dilatation paraît exister fréquemment dans les cas de lithiase de la portion rétroduodénale et pancréatique du cholédoque.

3° Lorsqu'elle est possible, la taille totale a le double avantage de guider jusqu'à l'obstacle et de débarrasser de façon complète les voies biliaires.

4^o L'incision complète des voies biliaires s'adresse à la lithiasé du cholédoque, associée à celle des voies biliaires accessoires. Elle semble surtout appelée à rendre des services pour les cas de pierres enclavées dans la portion étroduodénale du cholédoque.

Vu, le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la Thèse,

TERRIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

